

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/5108/2017

ATAS/1280/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 22 décembre 2020**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée \_\_\_\_\_, GENÈVE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1968 en Macédoine, où elle a vécu jusqu'en 1999, a ensuite résidé au Kosovo jusqu'à son arrivée en Suisse en juillet 2008. Mariée depuis avril 1995, elle est mère de deux filles et un garçon, nés respectivement le \_\_\_\_\_ 1995, le \_\_\_\_\_ 1997 et le \_\_\_\_\_ 1999. Sans formation autre que l'école suivie en Macédoine jusqu'à la 8<sup>ème</sup> année, elle a exercé le métier de couturière entre 1983 et 1995, jusqu'à la naissance de l'aînée de ses enfants. Hormis les tâches assumées en tant que mère et femme au foyer, elle n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis lors.
2. Le 18 août 2016, l'assurée a formé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant qu'elle avait contracté une hépatite B au Kosovo en 2002, consécutivement à une transfusion sanguine effectuée dans le cadre d'une opération de la thyroïde. Comme elle avait présenté par la suite une insuffisance hépatique sur hépatite B chronique, elle avait subi une greffe du foie.

Dans un rapport du 2 octobre 2016, la doctoresse B\_\_\_\_\_, psychiatre, a indiqué qu'elle prenait en charge l'assurée depuis le 2 août 2013, à raison d'une fois par semaine, précisant que celle-ci présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2). Elle a indiqué que suite à une hépatite qui avait évolué vers une cirrhose, elle avait été greffée du foie il y a six ans et bénéficiait, sur le plan somatique, d'un suivi intensif et régulier qui était toujours en cours actuellement. L'état clinique était marqué par de la fatigue, de la tristesse et un sommeil très perturbé. S'y ajoutaient aussi de l'anhédonie, de « l'anergie », une concentration difficile, de l'anxiété, un envahissement par des images traumatiques dues aux multiples interventions chirurgicales dans le cadre de sa greffe de foie, cinq comas, etc. Toute activité continue journalière restait très difficile, épuisante et très décourageante. Sur le plan du pronostic, l'évolution était très progressive et peu favorable. La rémission complète risquait de ne pas être atteinte. Interrogée sur les restrictions physiques, mentales ou psychiques, la Dresse B\_\_\_\_\_ a mentionné une concentration difficile, une structuration de la journée limitée, une fatigue écrasante, des angoisses et une tristesse limitant toute activité. L'assurée n'arrivait pas à mener à bout une quelconque activité dans le ménage sans s'asseoir plusieurs fois ; sa famille l'aidait pour tout. Des activités avec exigence de rendement étaient quasi impensables actuellement, de sorte que la capacité de travail était nulle depuis le 2 août 2013 à ce jour.

3. Dans un rapport du 13 octobre 2016, le professeur C\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé auprès du Service de gastro-entérologie et d'hépatologie des HUG, a indiqué que dans son activité habituelle de femme au foyer, l'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis mars 2010 à ce jour, en raison de la greffe hépatique sur cirrhose (subie en 2010), atteinte à laquelle s'ajoutaient d'autres diagnostics incapacitants, à savoir l'état dépressif chronique et l'insuffisance thyroïdienne substituée.

4. Par communication du 16 janvier 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement, mais que l'instruction de son dossier se poursuivait sur le plan médical.
5. Dans un rapport du 30 mars 2017, la doctoresse D\_\_\_\_\_, médecin SMR, a indiqué qu'elle s'alignait sur les conclusions des Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ et qu'elle retenait ainsi une capacité de travail nulle dans toute activité depuis mars 2010. Dans l'activité ménagère, il convenait de tenir compte des limitations fonctionnelles évoquées en lien avec la capacité de travail, à savoir : la fatigue, les troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi qu'un risque infectieux incompatible avec un travail en extérieur, en milieu froid ou humide ou encore en milieu hospitalier.
6. Le 5 avril 2017, l'OAI a établi un mandat d'enquête ménagère, dans lequel il était précisé que même si l'assurée était une « ménagère pure » qui ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité faute de cotisations, il convenait néanmoins de déterminer son degré d'invalidité, en vue de son droit à d'éventuelles prestations complémentaires à l'AI.
7. En exécution du mandat qui lui avait été confié par l'OAI, une enquêtrice s'est rendue au domicile de l'assurée le 24 août 2017 pour y effectuer une enquête économique sur le ménage en présence de l'assurée et de sa fille cadette, cette dernière officiant en tant que traductrice. Après avoir pris connaissance des diagnostics et limitations fonctionnelles retenues dans l'avis du SMR du 30 mars 2017, l'enquêtrice a noté que l'assurée n'avait plus exercé d'activité lucrative après la naissance de son premier enfant en 1995 et qu'elle n'avait pas recherché d'emploi ou exercé d'activité professionnelle par la suite, que ce soit au Kosovo ou en Suisse, parce qu'elle se sentait malade depuis 1999. L'enquêtrice a mentionné par ailleurs que l'assurée avait des difficultés à décrire ce qu'elle faisait avant son atteinte à la santé, d'autant que cette situation remontait à de nombreuses années et que les conditions de vie étaient alors totalement différentes, raison pour laquelle les diverses rubriques de l'enquête décrivaient la situation actuelle.

L'assurée pouvait conduire le ménage en étant partiellement limitée par ses troubles de mémoire et de concentration. Aussi l'enquêtrice a-t-elle pondéré à 4 % le champ d'activité « conduite du ménage », fixé l'empêchement de l'assurée à 30 % et l'exigibilité des personnes partageant le ménage à 30 %, de sorte que l'empêchement sans exigibilité s'élevait à 1.2 % (soit  $0.04 \times 0.3$ ), respectivement à 0 % en tenant compte de l'exigibilité de 30 % (égale à l'empêchement) à la charge des autres personnes qui composaient le ménage (mari ne travaillant pas depuis longtemps, présent à midi, ainsi que les trois enfants majeurs dont la présence à midi était variable).

Si des membres de la famille étaient présents, ils préparaient le repas. L'assurée admettait cependant pouvoir éplucher des légumes en étant assise et, de temps en temps, préparer un repas à condition de répartir le travail et de se reposer

régulièrement. Selon ses dires, elle ne pouvait pas rester longtemps debout. La vaisselle était en général effectuée par la famille et elle ne participait pas à cette tâche, à cause de la fatigue. L'enquêtrice était néanmoins d'avis que l'assurée pouvait mettre son assiette et ses couverts dans le lave-vaisselle. La cuisine était nettoyée par le mari et l'assurée nettoyait un peu la table et l'évier. Au regard de ces éléments, l'enquêtrice a pondéré à 50 % le champ d'activité « alimentation », fixé l'empêchement de l'assurée à 65 % et l'exigibilité des personnes partageant le ménage à 30 %, de sorte que l'empêchement sans exigibilité s'élevait à 32.5 % (soit  $0.5 \times 65$  %) et à 17.5 % en tenant compte de l'exigibilité de 15 % (soit  $30/65$  de 32.5 %).

S'agissant de l'entretien du logement, l'assurée n'effectuait aucune tâche ménagère car elle n'en avait ni la force ni l'énergie. C'était son mari qui s'en chargeait. En pondérant le champ d'activité « entretien du logement » à 20 %, l'enquêtrice a fixé l'empêchement de l'assurée à 100 % et l'exigibilité des personnes partageant le ménage à 30 %. Ainsi, l'empêchement sans exigibilité s'élevait à 20 % (soit  $0.2 \times 1$ ), respectivement à 14 % en tenant compte de l'exigibilité de 6 % (soit  $3/10$  de 20 %).

Selon ses dires, l'assurée ne faisait ni courses ni emplettes. Quant aux tâches administratives, elles étaient effectuées par le mari, ce qui avait été le cas de tout temps. Après pondération du champ d'activité « emplettes et courses diverses » à 8 %, l'enquêtrice a fixé l'empêchement de l'assurée à 90 % et l'exigibilité des personnes composant le ménage à 90 %. Ainsi, l'empêchement sans exigibilité s'élevait à 7.2 % (soit  $0.8 \times 0.9$ ) et à 0 % en tenant compte de l'exigibilité égale à l'empêchement.

L'assurée pouvait trier le linge mais c'était son mari qui le chargeait dans la machine à laver, suspendait le linge et le pliait une fois qu'il était sec. L'assurée ne repassait pas du tout. L'enquêtrice était néanmoins d'avis que l'assurée pouvait plier le « petit linge » en restant assise. En pondérant le champ d'activité « lessive et entretien des vêtements » à 18 %, l'enquêtrice a fixé l'empêchement de l'assurée à 55 % et l'exigibilité des personnes partageant le ménage à 15 %. En conséquence, l'empêchement sans exigibilité s'élevait à 9.9 % (soit  $0.18 \times 0.55$ ), respectivement 7.2 % en tenant compte de l'exigibilité de 2.7 % (soit  $15/55$  de 9.9 %).

Les enfants étant majeurs, la rubrique « soins aux enfants ou aux autres membres de la famille » du formulaire d'enquête ménagère était sans objet et celle consacrée aux « divers » également pondérée à 0 %, faute d'activité tombant dans ce champ (hormis les soins aux plantes, auxquels le mari s'était voué de tout temps).

Enfin, il était précisé que l'époux, les filles et le fils de l'assurée exécutaient les travaux ménagers que l'assurée ne pouvait plus accomplir elle-même en raison de son invalidité. Ainsi, l'empêchement total pondéré sans exigibilité s'élevait à 70.80 % (soit  $1.2$  % + 32.5 % + 20 % + 7.2 % + 9.9 %) et l'empêchement total pondéré avec exigibilité à 38.70 % (soit 0 % + 17.5 % + 14 % + 0 % + 7.2 %), d'où

une exigibilité de 32.10 % retenue à la charge du mari – qui était sans activité professionnelle – et des trois enfants qui étaient majeurs et étudiants. Enfin, l'enquêtrice était d'avis que même si l'assurée mentionnait avoir été opérée d'une hernie inguinale en septembre 2011, avoir subi une ovariectomie (sans pouvoir en indiquer l'année) et avoir très mal au dos depuis juin 2017, entraînant ainsi le suivi de séances de physiothérapie, elle ne remplissait pas pour autant les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent. En effet, même si à cause de ses douleurs dorsales apparues deux mois plus tôt, elle indiquait avoir parfois besoin d'aide pour mettre son pantalon et pour entrer dans la baignoire, il était exigible qu'elle installât une planche de bain à cet effet. De plus, même si elle était souvent accompagnée à l'extérieur, cela ne l'empêchait pas de se rendre chez le psychologue en bus, sans être accompagnée. Au vu de ces éléments, l'enquêtrice a estimé que l'assurée était autonome pour les actes ordinaires de la vie.

8. Par projet de décision du 8 septembre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'elle ne remplissait pas les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité. Quand bien même le SMR avait reconnu, à l'issue de l'instruction médicale, qu'elle présentait une atteinte à la santé invalidante depuis le mois de mars 2010 (début du délai d'attente d'un an) et que cette atteinte entraînait des limitations fonctionnelles dans l'accomplissement de ses travaux habituels, il n'en demeurait pas moins que l'enquête ménagère du 24 août 2017 avait évalué à 38.7 % les empêchements rencontrés dans l'accomplissement desdits travaux, taux qui était inférieur au degré d'invalidité minimal de 40 % qui était nécessaire pour pouvoir prétendre à une rente d'invalidité.
9. En l'absence de contestation de l'assurée dans le délai imparti à cet effet, l'OAI a rendu, le 19 octobre 2017, une décision reprenant en tous points les termes de son projet de décision du 8 septembre 2017.
10. Par pli du 5 novembre 2017, l'assurée a informé l'OAI qu'elle contestait la décision du 19 octobre 2017. Elle avait appelé cet office pour demander des précisions au sujet du taux d'invalidité de 38.07 % (recte : 38.7 %). On lui avait alors répondu, à sa grande surprise, qu'étant donné que son mari l'aidait à faire le ménage à la maison et qu'elle « ne faisait pas grand-chose » pour sa part, elle n'était invalide qu'à 38.7 %. Son état de santé restait « inquiétant », nécessitant des bilans continus, des traitements à vie et une surveillance médicale pluridisciplinaire constante. Son état psychique en pâtissait et elle bénéficiait d'un suivi de longue date afin de pouvoir ménager au mieux son quotidien et la vie de famille avec les sévères répercussions liées à sa greffe du foie subie en 2010. Indépendamment de l'aide de son mari, elle restait sévèrement atteinte et demandait une reconsidération de la décision du 19 octobre 2017.
11. Ce courrier étant demeuré sans suite, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 11 novembre 2019 et joint à celle-ci un certificat établi le 2 octobre 2019 par la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie et

hépatologie, aux termes duquel l'assurée présentait des problèmes de santé depuis 2008 qui justifiaient une incapacité de travail de 100 %.

12. Le 4 décembre 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il s'était déjà prononcé sur son droit aux prestations par décision du 19 octobre 2017. Étant donné que cette dernière n'avait pas été contestée dans le délai légal, elle était devenue définitive. Quant à la nouvelle demande, elle ne pouvait être examinée que si l'assurée rendait plausible que son état de santé s'était modifié de manière à influencer ses droits. À cet effet, il était nécessaire que l'assurée fournisse, sous trente jours, un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante. À défaut, il ne serait pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.
13. Le 7 janvier 2020, l'OAI a transmis au conseil de l'assurée, nouvellement constitué, un CD-ROM du dossier de sa mandante.
14. Par pli du 23 janvier 2020, l'assurée, agissant par l'entremise de ce conseil, a relevé qu'elle avait contesté la décision du 19 octobre 2017 le 5 novembre 2017 en s'adressant involontairement à l'OAI en lieu et place de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Or, son courrier du 5 novembre 2017, qui avait été envoyé en temps utile, aurait dû être transmis d'office à l'organe compétent. Comme l'OAI s'en était abstenu, sa décision du 19 octobre 2017 n'était jamais entrée en force de chose décidée. Partant, la nouvelle demande de prestations du 11 novembre 2019 devait être considérée comme un complément à la demande initiale datée du 18 août 2016.
15. Le 10 février 2020, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 14 janvier 2020 de la Dresse B\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin faisait état d'une aggravation de l'état clinique de sa patiente depuis le 19 octobre 2017 en ces termes : elle continuait de bénéficier d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré, incluant un traitement médicamenteux, depuis 2013. Alors que les premières années, le suivi était hebdomadaire, il était bimensuel depuis trois ans, en raison des soucis de santé majeurs et de douleurs intenses du dos qui limitaient de façon marquée sa mobilisation. Malgré le suivi régulier, l'évolution était très partielle, sans aucune rémission complète depuis son instauration. Le pronostic était peu favorable. Sans l'aide de sa famille et au vu du fonctionnement quotidien qui se péjorait, une aide serait nécessaire pour toute activité. L'état clinique était superposable, voire péjoré, par rapport à 2016, « date du rapport de l'assurance-invalidité ». Le stress post traumatique restait très présent et accablant. La tristesse avec angoisse, les ruminations, la perturbation du sommeil et l'anhédonie étaient intenses et continues. S'y ajoutait, depuis peu, une perte d'espoir en l'avenir qui s'associait « à une certaine usure de par sa situation physique ». Elle prenait la forme d'idées de mort, passives pour le moment, sans projet suicidaire clair. Toutefois, cela restait un élément régulièrement surveillé qui nécessiterait une éventuelle hospitalisation en cas de péjoration.

---

Sur la base de ces éléments, l'assurée a précisé qu'elle restait dans l'attente d'autres rapports médicaux. Aussi a-t-elle demandé une prolongation de délai à cet effet.

16. Par pli du 12 février 2020, l'OAI a imparté un délai au 10 mars 2020 à l'assurée pour verser au dossier tous les éléments médicaux susceptibles de prouver une détérioration de son état de santé.
17. Le 24 février 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'une copie de son courrier du 5 novembre 2017 avait été adressée à la Cour de justice pour raisons de compétence et qu'en conséquence, l'instruction de la nouvelle demande du 11 novembre 2019 était suspendue jusqu'à détermination de la chambre de céans.
18. Le 25 février 2020, cette dernière a invité la recourante à apposer sa signature en original sur son courrier du 5 novembre 2017 et, cela fait, de le lui retourner.
19. Par courrier du 10 mars 2020, auquel était joint le courrier du 5 novembre 2017 dûment signé, la recourante a conclu à ce qu'il soit ordonné à l'intimé de lui verser une rente entière d'invalidité et à ce que les frais soient laissés à la charge de l'État.
20. Par réponse du 3 avril 2020, l'intimé a estimé que la recourante n'apportait aucun élément susceptible de permettre une appréciation différente du cas. Aussi a-t-il conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse.
21. Le 7 avril 2020, une copie de ce courrier a été transmise, pour information, à la recourante.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. a. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]).

Aux termes de l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent. La seule exception à cette obligation est donnée lorsque le fait de s'adresser à une autorité incompétente a été consciemment voulu par l'expéditeur (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4<sup>ème</sup> éd. 2020, n. 20 ad art. 30 LPGA). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA,

lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompetent, le délai est réputé observé. Ces dispositions ne sont que l'expression, en droit des assurances sociales, d'un principe général du droit administratif, reconnu par la doctrine, et consacré à maintes reprises par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1054/2008 du 11 mai 2009 consid. 2.1 et les références).

b. En l'occurrence, la recourante a contesté auprès de l'intimé la décision du 19 octobre 2017, par courrier daté du 5 novembre 2017, de sorte qu'elle a agi en temps utile. Il sera encore relevé que malgré la façon dont sont libellées ses conclusions (« reconsidération »), cette missive de la recourante contient des arguments contre le bien-fondé de cette décision. Elle doit donc être considérée comme un recours à l'encontre de cette décision.

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable.

4. Il convient préalablement de préciser l'objet du litige.

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

En l'occurrence, la recourante a versé au dossier un certificat du 2 octobre 2019 de la Dresse E\_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport du 14 janvier 2020 de la Dresse B\_\_\_\_\_. Dès lors qu'il s'agit de documents relatifs à la nouvelle demande de prestations déposée le 11 novembre 2019, dont l'instruction a été suspendue par l'intimée le 24 février 2020 dans l'attente de la détermination de la chambre de céans sur le recours interjeté le 5 novembre 2017 contre la décision du 19 octobre 2017, la chambre de céans n'en tiendra pas compte en tant qu'ils se prononcent sur l'évolution postérieure à l'objet du recours. Ceci étant précisé, est litigieux le point de savoir si à la date de la décision attaquée, la recourante remplissait les conditions lui permettant de prétendre à une rente d'invalidité.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la

---

présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

7. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore

que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

b. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié dans VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

c. Il existe dans l'assurance-invalidité – ainsi que dans les autres assurances sociales – un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités

---

ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_785/2014). La jurisprudence ne pose toutefois pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_925/2013 du 1<sup>er</sup> avril 2014 consid. 2.3 et les arrêts cités).

d. Il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). Toutefois, en présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c/aa. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

c/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante présente une incapacité de travail de 100 % dans toute activité envisagée depuis mars 2010 (cf. rapport SMR du 30 mars 2017). Considérant que le statut de la recourante était celui de ménagère, l'intimé s'est ainsi fondé sur l'enquête économique sur le ménage du 24 août 2017, concluant à un empêchement dans le ménage, pondéré avec exigibilité, s'élevant à 38.7 %, taux qui était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.
- a. La recourante a indiqué à l'enquêtrice qu'elle aurait aimé travailler à plein temps si elle avait été en bonne santé. Il s'agit en conséquence de déterminer si le statut de ménagère retenu par l'intimé doit ou non être confirmé.

En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'abandon de l'activité de couturière à la naissance du premier enfant en 1995 n'a été suivi d'aucune reprise d'activité lucrative – même à temps partiel – par la suite. Selon les explications que la recourante a données à l'enquêtrice, cela s'expliquerait par ses problèmes de santé, qu'elle se sentait en effet malade depuis 1999 et avait contracté une hépatite B au Kosovo en 2002, consécutivement à une transfusion sanguine effectuée dans le cadre d'une opération de la thyroïde.

Dans son avis du 20 mars 2017, le SMR a estimé, sur la base des indications du Prof. C\_\_\_\_\_, que l'incapacité de travail n'était totale que depuis mars 2010 et que la survenance des problèmes de santé ne remonterait qu'à 2008 sur le plan somatique (cf. certificat du 2 octobre 2019 de la Dresse E\_\_\_\_\_) et à « au moins 2010 » sur le plan psychique (cf. rapport du 2 octobre 2016 de la Dresse B\_\_\_\_\_). Toutefois, force est de relever que dans son rapport du 2 octobre 2016, la Dresse B\_\_\_\_\_ confirme l'évolution de l'état de santé décrite par la recourante dans sa demande du 18 août 2016 en mettant en exergue le lien entre l'hépatite – singulièrement l'aggravation de celle-ci, prenant la forme d'une cirrhose – et la greffe du foie subie en 2010. Ces informations sont par ailleurs reprises dans le rapport d'enquête ménagère du 29 août 2017, lequel précise que l'hépatite virale post-transfusionnelle remonte à 2002 et que la recourante était « déjà malade » lors de son arrivée en Suisse en juillet 2008. Il ne fait donc guère de doute que les problèmes de santé de la recourante sont bien antérieurs à son arrivée en Suisse.

---

Au nombre des facteurs pouvant expliquer l'abandon passager d'une activité lucrative, on citera notamment le temps nécessaire à l'éducation des enfants (cf. notamment ATAS/1186/2007), situation que l'on retrouve dans le cas d'espèce, dans la mesure où l'arrêt de l'activité de couturière s'expliquait par la naissance du premier enfant en 1995. En tenant également compte de la naissance, en 1997 et 1999, des deux suivants, dont le plus jeune n'était âgé que de 3 ans en 2002, il apparaît tout à fait plausible qu'à l'époque à laquelle le troisième enfant aurait eu moins besoin de la présence constante de sa mère – notamment à la faveur de sa scolarisation imminente –, laissant ainsi à cette dernière la possibilité de reprendre, ne serait-ce qu'à temps partiel, une activité lucrative, cette possibilité ainsi que les recherches d'emploi correspondantes se soient effectivement heurtées à l'apparition concomitante de ses troubles hépatiques. À cet égard, le parcours de vie de la recourante diffère de manière décisive du cas examiné par le Tribunal fédéral dans l'arrêt 9C\_352/2014 du 14 octobre 2014. On soulignera par ailleurs qu'il n'importe pas de savoir si une activité lucrative aurait été médicalement exigible à cette époque, soit en 2002, et à quelles conditions, le point décisif étant de déterminer à quel taux d'activité la recourante aurait travaillé si elle n'avait souffert d'aucune atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 et les références).

Ceci étant précisé, et en tenant compte, par ailleurs, de la quasi-absence d'activité lucrative du mari depuis son arrivée en Suisse en janvier 2009 (7 mois d'activité en 2011 et 6 mois en 2013 ; dossier AI, doc. 11) et du fait que la famille est au bénéfice de l'aide sociale et reçoit des bourses d'études pour les trois enfants (dossier AI, doc. 18, p. 2), la chambre de céans est d'avis qu'il existe suffisamment d'indices pour admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante requis **par la jurisprudence**, que sans ses problèmes de santé, la recourante aurait accompli les démarches nécessaires pour exercer, parallèlement à ses tâches éducatives et de femme au foyer, une activité lucrative **tout au moins** à temps partiel dès 2009 au plus tard, ne serait-ce que pour assurer à sa famille un meilleur niveau de vie que celui rendu possible par l'aide sociale (**dans le même sens : ATAS/1174/2019**).

Le dossier ne comportant pas suffisamment d'éléments pour connaître le taux exact auquel une telle activité aurait été exercée, la cause sera retournée à l'intimé pour instruction complémentaire sur ce point. Il s'ensuit que la chambre de céans retiendra d'ores et déjà, en l'état, un statut mixte en faveur de la recourante.

Au demeurant, comme l'a relevé l'intimé le 5 avril 2017, même en l'absence de durée de cotisations au sens de l'art. 36 LAI, la question du taux d'invalidité revêt une importance pratique sous l'angle d'un éventuel droit aux prestations complémentaires (cf. art. 4 al. 1 let. d de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI du 6 octobre 2006 ; LPC – RS 831.30).

b. Sans préjudice de ce qui précède, il est donc possible d'examiner, dès à présent, le degré d'invalidité que la recourante présente dans ses travaux habituels. À cet égard, la recourante soutient en substance, dans son écriture du 5 novembre 2017, que l'enquête ménagère du 24 août 2017 ne déterminerait pas correctement ses

empêchements, en ce sens que la gravité de ses problèmes de santé serait sous-estimée.

La chambre de céans constate pour sa part que l'enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée par une personne qualifiée, à la lumière de l'ensemble des atteintes à la santé et des répercussions fonctionnelles retenues par le SMR sur la base des rapports de la Dresse B\_\_\_\_\_ et du Prof. C\_\_\_\_\_. L'enquêtrice a relaté, dans la mesure des informations données par la recourante, les tâches que cette dernière accomplissait avant son atteinte à la santé, celles qu'elle continuait à effectuer depuis lors, seule ou avec l'aide des membres de sa famille, et celles qu'elle devait déléguer à ses proches. L'enquêtrice a dûment motivé son appréciation quant aux empêchements dans les différents champs d'activité et l'aide exigible des proches. Aussi convient-il d'admettre la valeur probante de son rapport d'enquête ménagère.

Le recourante remet en cause ce dernier, principalement en se disant surprise par le taux d'invalidité en résultant, sans toutefois préciser quel(s) poste(s) de l'enquête elle conteste. Elle n'apporte ainsi aucun élément permettant de remettre en cause les chiffres retenus par l'enquêtrice.

Par ailleurs, au regard de l'absence d'activité professionnelle du mari et de la présence de trois enfants majeurs au foyer, qui sont encore étudiants, l'exigibilité de 32.1 %, dont le taux n'est pas contesté par l'intéressée, apparaît non seulement acceptable, mais correspond en outre vraisemblablement à l'aide effectivement fournie par les membres de la famille.

Alors qu'il n'existe pas de divergence entre le rapport du 2 octobre 2016 de la psychiatre traitante (en particulier le descriptif des répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé) et l'enquête ménagère, la chambre de céans relève néanmoins que le Prof. C\_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 13 octobre 2016 que la recourante est incapable d'assumer les tâches ménagères et de femme au foyer. Cela étant, cette appréciation n'est pas motivée et ne remplit donc pas les réquisits jurisprudentiels dont dépend la valeur probante des rapports médicaux (ci-dessus : consid. 9b ; VSI 2004, p. 137 consid. 6) ; en premier lieu, on ne comprend pas, en l'absence d'une évaluation de l'importance de l'aide du mari et des enfants, pourquoi ce médecin fait état d'une incapacité entière dans l'accomplissement des tâches habituelles. En second lieu, cette conclusion, qui procède d'une appréciation globale, n'est pas superposable au champ d'analyse détaillé et pondéré des diverses rubriques de l'enquête ménagère. On relèvera enfin que la recourante n'allègue à aucun moment que les déclarations que l'enquêtrice lui prête seraient inexactes, notamment en ce qui concerne sa participation aux tâches ménagères. Il s'ensuit que l'appréciation non motivée du Prof. C\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'enquête ménagère.

Au vu de ce qui précède, l'empêchement pondéré avec exigibilité, fixé à 38.7% dans les travaux habituels, ne prête pas le flanc à la critique, à ceci près que le degré

d'invalidité de la recourante ne saurait être déterminé au regard de la seule sphère ménagère (ci-dessus : consid. 11a).

Partant, le recours doit être partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

L'intimé sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

\*\*\*\*\*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 19 octobre 2017 en tant qu'elle nie un statut mixte à la recourante.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le